

# Patientenanmeldung

Vi.os - Praxis für Osteopathie und Physiotherapie



Bitte füllen Sie dieses Formular **vollständig** und leserlich aus. Sie erleichtern uns damit den Arbeitsablauf! Vielen Dank.

Name
------

Vorname	Geburtsdatum
---------	--------------

Straße	Hausnummer
--------	------------

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

Krankenkasse	Hausarzt / Kinderarzt
--------------	-----------------------

Versicherter
--------------

Zuzahlungen:  befreit     nicht befreit    Beihilfeberechtigt:  ja     nein

Zur Terminabsprache bitten wir Sie, folgende **Kontakt**daten einzutragen:

Telefon privat	Telefon dienstlich
----------------	--------------------

Telefon mobil*	E-Mail*
----------------	---------

\*: Um den Papierverbrauch in unserer Praxis zu reduzieren, erhalten Sie Ihre Rechnungen in digitaler Form.

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt **nicht wahrgenommene** Termine in Höhe der Vergütungsregelung privat in Rechnung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass der Betrag in voller Höhe auch in dem Fall zu zahlen ist, wenn eine private Krankenversicherung, der Beihilfeträger oder andere Kostenträger den Betrag nicht in voller Höhe erstatten.

Die **Datenschutzerklärung** habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ebenfalls willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer etc.) durch die Praxis Vi.os ein. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum erleichterten Ablauf der Behandlung. Darüber hinaus stimme ich dem Erhalt von E-Mails und Textnachrichten (SMS) im Zuge der Rechnungsstellung zu. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum	Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters
-------	--